|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **T.C.**  **SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  **TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** | | | |
|  | | …./….. /20… | |
| **Konu :** İşletmede Mesleki Eğitim | |  | |
| **İLGİLİ MAKAMA** | | | |
| Aşağıda bilgileri verilen öğrenci İşletmenizde/Kurumunuzda zorunlu İşletmede Mesleki Eğitimini yapacaktır. İşletmede Mesleki Eğitimi süresince faydalanacağı sigorta türü aşağıda belirtilmiştir.  Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim. | | | |
| **İşletmede Mesleki Eğitim Komisyonu**  **İmza** | | | **………………**  **Dekan Yardımcısı**  **İmza** |
|  |  | | |
| **Öğrenci Numarası** |  | | |
| **Öğrenci Adı Soyadı** |  | | |
| **Bölümü** | Mekatronik Mühendisliği | | |
| **İşletmede Mesleki Eğitim Tarih Aralığı** | **……/………/20….. - ……/………/20…..** | | |
| **İşletme** |  | | |
|  |  | | |
| **SİGORTA TÜRÜ** | *Sadece bir tanesini işaretleyiniz.* | | |
| A. | Öğrenci kamu/özel sektörde sigortalı olarak çalıştığı için İşletmede Mesleki Eğitimi süresince fakültemiz tarafından *Genel Sağlık Sigortası ve İş Kazası ve Meslek Hastalığı* Sigortası yapılmayacaktır. | | |
| B. | Öğrenci ailesi üzerinden *Genel Sağlık Sigortası* kapsamında sağlık hizmeti almaktadır. İşletmede Mesleki Eğitimi süresince fakültemiz tarafından sadece *İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası* yapılacaktır. | | |
| C. | Öğrencinin hem *Genel Sağlık Sigortası* hem de *İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası* İşletmede Mesleki Eğitimi süresince fakültemiz tarafından yapılacaktır. | | |